

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

903

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DUVERDIER

Né le 1^{er} Novembre 1910, à ROUEN (Seine-Inférieure)

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS
A PROPOS DE PLUSIEURS CAS
DE DIVERTICULES DU DUODÉNUM

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DUVERDIER

Né le 1^{er} Novembre 1910, à ROUEN (Seine-Inférieure)

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS A PROPOS DE PLUSIEURS CAS DE DIVERTICULES DU DUODÉNUM

Président : M CUNÉO, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1935

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR POLONY

Chirurgien de l'Hôpital de Belfort

Qui fut l'inspirateur de ce travail et nous prodigua ses conseils éclairés.

Nous le prions d'accepter cet hommage de notre attachement respectueux et de toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VITTOT

Electro-Radiologiste de Belfort

Qui nous a accueilli avec beaucoup de bienveillance ; qu'il veuille accepter l'hommage de notre grande sympathie et de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PETIT
*Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen*

MONSIEUR LE DOCTEUR SAMSON
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. DEVE
*Professeur de Clinique Médicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen*

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUCHOIS
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FREY
Electro-Radiologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTIN
Professeur de Clinique Obstétricale

A MESSIEURS LES DOCTEURS
CERNE, TAMBAREAU et A. DEROCQUE
Chirurgiens des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS
POTÉZ, LECAPLAIN et PIERSON
Médecins des Hôpitaux

A NOS MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE BELFORT

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUTZBACH

*Médecin-Chef de l'Hôpital de Belfort
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. MULLER

Chirurgien de l'Hôpital

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. SCHUMACHER

Médecin de l'Hôpital

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. LEVY

Médecin de l'Hôpital

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. METTEY

Ophtalmologiste de l'Hôpital

A MONSIEUR LE DOCTEUR FICHET

Médecin-Chef du Laboratoire de l'Hôpital

De quelques considérations à propos de plusieurs cas de diverticules du duodénum.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer personnellement plusieurs cas de diverticules congénitaux du duodénum et ayant eu le bonheur d'avoir dans nos mains, croyons-nous, la première observation radiologique prise en France, et restée jusqu'ici inédite, d'un des plus gros diverticules observés jusqu'à ce jour, il nous a semblé intéressant de publier ces observations dans notre thèse.

Nous avons essayé également d'insister, de manière un peu trop schématisée peut-être, sur la participation clinique de la stase tant diverticulaire que duodénale, dans ces malformations bien connues radiologiquement ; non point que nous ayons l'intention d'y apporter des données nouvelles mais simplement pour, peut-être, préciser à notre insu quelques petits détails cliniques.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETUDE CLINIQUE

Jusqu'aux travaux de MEYER, on s'est toujours efforcé de diviser cliniquement les diverticules du duodénum en deux grands types : diverticules latents et diverticules présentant des signes cliniques.

Le diverticule simple de MEYER, ou diverticule latent, c'est-à-dire sans phénomènes inflammatoires ni rétention compliquée de la stase, représente seul le diverticule à l'état pur. Il ne donne aucun syndrome clinique ou, peut-être, tellement fruste que l'on porte un diagnostic de légère dyspepsie dont le traitement lui suffira. Aussi le diverticule latent restera-t-il toujours une découverte radiologique. C'est pourquoi on le découvre radiologiquement, même à l'heure actuelle où ses signes radiologiques sont bien connus, rarement avant l'âge de 30 ans, car il reste muet jusque-là.

GRÉGOIRE a pu dire, le premier, que le diverticule simple est toujours muet et que, lorsqu'il révèle son existence, c'est qu'il y a une complication.

La principale et généralement la première en date de ces complications est la stase, et diverticulaire et duodénale : c'est le diverticule compliqué de MEYER.

La stase diverticulaire est l'aboutissement normal de la rétention, peu prolongée d'abord, du chyme au fond du sac. Pour expliquer cette rétention, GREDER et MARUANI invoquent la situation plus basse du fond du sac par rapport à son orifice, le manque fréquent de musculature et la mauvaise digestion gastrique.

bile, soulageant généralement le malade. Si ces vomissements ne se produisent pas, aux crampes succèdent de violentes coliques aboutissant à des expulsions diarrhéiques contrastant avec de longues périodes de constipation. On note déjà une légère altération de l'état général et l'on posera le diagnostic d'entérite ou d'appendicite chronique à réaction soignée.

FORME ULCUS

Ce n'est qu'une exagération des douleurs des formes intestinales avec irradiations fréquentes dans le dos et pression sensible à l'épigastre. Forme très fréquente : il ne faut pas oublier cependant qu'il y a souvent coexistence d'ulcus et de diverticule.

FORME DE STÉNOSE PYLORO-DUODÉNALE

C'est le diagnostic que l'on portera car la sténose est la principale affection donnant le syndrome d'intoxication duodénale.

Le malade se plaint de céphalées intenses surtout occipitales, d'asthénie physique et intellectuelle ou d'irritabilité, souvent successives, parfois même de troubles nerveux vrais (beaucoup de ces malades sont considérés comme névropathes).

Mais, de tous les symptômes précédents, un domine réellement le tableau clinique : ce sont les vomissements incessants survenant souvent sans nausées.

L'état général de ces malades est très altéré car, ayant remarqué depuis longtemps déjà, que moins ils mangeaient et mieux ils se trouvaient, que les douleurs survenaient après les repas, les malades arrivés à cette phase d'intoxication ont peur de manger.

FORME NÉOPLASIQUE

L'amaigrissement finit d'ailleurs par être tel qu'il fait penser à une cachexie d'origine néoplasique s'accompagnant souvent de dégoût pour la viande.

Ces formes sont très rares à l'état de pureté, cependant on les rencontre parfois ; dans notre observation VII, la malade présentait un syndrome typique de sténose pyloro-duodénale. L'observation de TILLIER et CLAUDE concernant un homme de 71 ans porteur d'un diverticule de D3 est probante :

A 30 ans, digestions pénibles et lourdeurs ;

A 60 ans, syndrome douloureux ;

A 68 ans, syndrome très douloureux.

COMPLICATIONS

Nous grouperons ici les complications dues à la stase, que celle-ci soit duodénale ou diverticulaire, les compressions et les phénomènes de dégénérescence.

Les troubles produits par stase sont d'ordre mécanique, toxique et inflammatoire, s'imbriquant d'ailleurs ensemble.

Les troubles mécaniques sont dus à la déficience de la fonction aspiratrice du duodénum avec action élective sur la vésicule et le pancréas, bien démontrée par RAMOND et JACQUELIN ; les troubles toxiques, eux, sont l'effet de la rétention prolongée, de quelques heures à quelques jours, des sucs duodénaux. Ceux-ci deviennent rapidement très toxiques et contiennent très vite, au lieu d'être stériles, une flore microbienne très riche, à caractère virulent. Les troubles inflammatoires sont la résultante des troubles mécaniques et toxiques.

AU NIVEAU DU TUBE DIGESTIF

L'Inflammation du diverticule est la plus fréquente. La diverticulite se caractérise par des douleurs très intenses et rapprochées, d'autant plus intenses qu'elles sont plus rapprochées. Entre ces crises, il y a toujours un point épigastrique sensible, souvent même syncopal, à la palpation sous écran. Elles s'accompagnent quelquefois d'hémorragies et de mélœna qui sont quelquefois le seul signe, la douleur

étant absente, ce qui est rare (malade de LOEPER et GARCIN).

Le diverticule peut s'ulcérer et se perforer, donnant lieu à une péritonite généralisée.

De même, la Gangrène du diverticule a été signalée par HUDDY.

La Lithiase diverticulaire est également exceptionnelle.

Plus fréquente, quoique rare, est la dégénérescence néoplasique du diverticule. Elle est moins fréquente que dans ceux du gros intestin. C'est pourquoi COLES et ROBERTS pensent que le point de départ du cancer du diverticule siège dans les îlots pancréatiques que l'on trouve assez fréquemment à l'examen microscopique, le cancer du duodénum étant une rareté.

L'ulcère gastrique ou duodénal peut, comme nous l'avons dit, être également une complication de la stase.

AU NIVEAU DES AUTRES ORGANES

La vésicule et le pancréas sont très fréquemment atteints soit par défaut d'aspiration du duodénum entraînant de la stase dans ces organes, soit par compression, soit par adhérences par inflammation.

La Pancréatite chronique est fréquente. La douleur est sourde, sans horaire fixe. Il y a trouble dans la digestion des graisses avec selles parfois décolorées; anorexie, amaigrissement. Dans un cas, on a décrit de la glycosurie qui d'ailleurs aurait disparu après la résection du diverticule (POOL).

La Pancréatite hémorragique est plus rare, mais cependant a été observée (CASE, WHILKIE).

Le Cancer de la tête du pancréas aurait parfois pour origine, d'après certains auteurs, une irritation provoquée par le diverticule.

La vésicule biliaire est la plus fréquemment at-

teinte, que ce soit sous forme de lithiasé ou d'angiocholite. Les crises douloureuses surviennent par paroxysmes dans l'hypocondre droit, 3-4 heures après les repas. Parfois très vive elle irradie souvent dans l'épaule droite, quelquefois dans les deux épaules. L'ictère y est assez fréquent, les coliques hépatiques aussi : malades de BENGOLÉA, de TILLIER et CLAUDE, de LE JEMTEL.

Une autre complication des diverticules du duodénum très fréquente, est causée par les adhérences qui parfois sont congénitales ; plusieurs cas de diverticule avec mésentérium commune ont été publiés, nous-même en avons un (Obs. VI). Mais ces cas sont rares, alors que les adhérences d'origine inflammatoire sont très fréquentes surtout avec la vésicule biliaire ou la face inférieure du foie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le diagnostic clinique des diverticules du duodénum a longtemps été déclaré impossible, la radiologie seule pouvant l'établir.

MEYER a essayé, dans son étude, de le poser. On se trouve toujours en présence d'un syndrome duodénal rarement pur. La douleur y est sourde, à peu près continuelle, à localisation très précise et invariable, dans la région épigastrique, souvent un peu à droite de la colonne vertébrale. Elle est peu influencée par l'ingestion et le régime.

Ce syndrome ne cadre pas avec :

Une cholécystite : Ictère ou subictère rares, douleurs trop continues avec paroxysmes trop fréquents et trop courts.

Une ptose ne donnerait pas ces phénomènes douloureux et serait influencée par l'ingestion et le régime.

Un cancer peut-être éliminé aussi par l'anamnèse. Il y a trop longtemps que le malade souffre quand il en est arrivé à la forme néoplasique du syndrome duodénal.

Un ulcus gastro-duodénal : diagnostic différentiel pratiquement impossible. Cependant, les crises y sont souvent moins fréquentes et mieux calmées par l'ingestion et le régime.

Si on peut éliminer ces différentes affections, on devra alors penser au diverticule et le rechercher soigneusement sous écran. On devra le faire chaque fois que l'on aura l'impression d'une appendicite dys-topique ombilicale.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Diagnostic différentiel

SIGNES CARACTÉRISTIQUES

Le diverticule se présente sur le cliché sous forme d'une tache régulière, à bords nets, arrondie ou piri-forme, située au voisinage du duodénum, le plus souvent dans la concavité de son anse.

Cette tache est de dimensions variables, allant de la grosseur d'un grain de plomb à celle d'une orange (Obs. I). Si la tache est petite, elle est homogène et très opaque; si elle est assez grosse, on distingue nettement trois couches : bouillie barytée, liquide de stase et bulle d'air au-dessus.

Quand le diverticule se vide, l'image persiste de quelques secondes à plusieurs heures, parfois même plusieurs jours. Cette image résiduelle est un signe caractéristique qui parfois permet seule le diagnostic. On devra donc toujours, lorsqu'on soupçonne une image diverticulaire, faire quelques heures après un nouvel examen.

A ces deux signes, nous ajouterons, avec DIOCLÈS, l'image suivante : bulle d'air péri-duodénale à jeun occupant le siège du diverticule à un examen antérieur (Obs. I).

Tache juxta-duodénale, image résiduelle et bulle d'air péri-duodénale à jeun sont les trois signes de certitude de diverticules du duodénum.

SIGNES ACCESSOIRES

Le duodénum étant vide, on voit simplement une tache suspendue : quand il est rempli, on peut voir le diverticule rattaché au duodénum par un pédicule plus ou moins net. Le repérage du collet doit retenir toute l'attention du radiologiste, étant de la plus haute importance pour le chirurgien. Sa mise en évidence n'est souvent rendue possible que par le distincteur de HOLZKNECHT, parfois même est impossible. Cette recherche peut être facilitée par le fait que le diverticule étant assez gros, il n'y ait pas de bulle d'air ; dans ce cas, le pédicule siège toujours au-dessus du diverticule.

La mobilité de la tache est, pour BENSAUDE, un bon signe de probabilité. La possibilité de faire décrire à cette tache un petit cercle contre la paroi abdominale postérieure constitue un signe dont il y a à tenir compte.

L'insensibilité de la tache ne doit pas constituer un signe de diverticule car nombre de ceux-ci, pour peu qu'ils soient enflammés, occasionnent une douleur syncopale à la palpation sous écran (Obs. VII).

La contractilité du diverticule est assez rare radioscopiquement (Obs. I) ; elle prouve d'ailleurs que l'on se trouve en présence d'un diverticule congénital.

La succussion hippocratique, elle, doit être considérée comme un fait d'exception (Obs. I).

La déformation de l'anneau duodénal, par allongement ou déplacement, est un fait très fréquent, surtout dans les diverticules des troisième et quatrième parties du duodénum. Ces anomalies de disposition de l'anneau, la direction variable prise par le diverticule quand il est volumineux, rendent parfois le lieu d'insertion difficile à préciser ; il peut,

dans certains cas, apparaît sur le flan externe de cet anneau.

Dans ces cas de déformation, surtout que déjà très souvent le diverticule provoque par lui-même du spasme et des contractures, il y a toujours stase duodénale. Elle siège, en général, au genou inférieur et est plus ou moins marquée. On la retrouve, d'ailleurs, sur un cliché, parfois longtemps après la résection du diverticule, surtout si des phénomènes adhésifs s'étaient déjà produits avant l'intervention.

L'estomac souvent déformé, en coupe de champagne, a des mouvements hyperstaltiques plus ou moins prononcés suivant l'intensité de la stase duodénale ; on remarque aussi de l'irrégularité dans l'évacuation gastrique et parfois une rétention paradoxale de la baryte.

La localisation du diverticule, par rapport au pancréas, pourra enfin être faite par la stéréo-radiographie.

Le diagnostic des lésions associées aura souvent été fait d'abord cliniquement, mais la radiologie peut être d'un grand secours dans ces recherches : lithiase biliaire, ulcus gastrique ou bulbaire, appendicite chronique, pancréatite. L'importance en est grande pour le chirurgien, lui permettant seulement alors de poser des indications opératoires précises.

DIFFICULTES DE LA MISE EN EVIDENCE

Elles sont dues à différentes causes.

Très souvent, l'antre pylorique masque le siège du diverticule, surtout lorsqu'il s'agit de diverticules autres que ceux de la première portion. Aussi, si le diverticule est petit, passera-t-il très souvent inaperçu. Il faudra donc toujours mettre en évidence l'ensemble du duodénum par un examen méthodique plaçant le sujet dans les différentes positions obliques frontales antérieures, en le mettant successivement en décubitus dorsal, latéral et ventral même si besoin est ; en relevant l'image gastrique à la main ou en distinguant ou même en faisant exécuter au sujet la manœuvre de CHELAÏDITI.

Le défaut de remplissage du diverticule peut être dû soit à l'étroitesse du pédicule, soit à une mauvaise orientation. Quoi qu'il en soit, le diverticule se remplira toujours, si l'opérateur s'y efforce patiemment et sans relâche. Il fera prendre différentes positions au malade, augmentera l'arrivée de la baryte, exercera une compression de l'angle duodéno-jéjunal pour réaliser un blocage de la bouillie barytée dans le duodénum.

Nous ferons une mention spéciale à propos des causes du défaut de remplissage de l'intestion ou spasme localisé de l'intestin à propos de l'observation qu'a bien voulu nous communiquer le Docteur MARUANI (Obs. X). GREDER, dans sa technique, employait la belladone et l'atropine pour relâcher les

muscles. Or, le Docteur MARUANI nous a fait remarquer que, parfois, le diverticule, surtout en période aiguë, ne se remplit pas et que ce n'est que lors d'un examen en période d'accalmie que l'on voit le diverticule avec son image juxta-duodénale et résiduelle.

Comme autre difficulté, notons encore l'évacuation très rapide du diverticule quand il est petit, se vidant en même temps que le duodénum. Deux moyens ont été préconisés pour obvier à cette cause d'erreur : le blocage de l'angle duodéno-jéjunal et l'emploi d'un lait baryté plus épais et rendu plus adhérent par adjonction de gomme.

En général, le diverticule se remplit en une demi-heure.

On a pour le mettre en évidence employé de nombreuses techniques : celle de GREDER, de CASE, de BENSAUDE et VASSELLE, de ROBINEAU et GALLY, le remplissage à la sonde du duodénum. On fait usage également des radiographies duodénales en série avec le sélecteur de BÉCLÈRE.

Cependant, les causes d'erreur sont encore très fréquentes, soit que le diverticule échappe aux examens sous écran, les plus serrés, soit qu'il est simulé par une autre image.

Diagnostic positif

Il est insuffisant d'avoir découvert une image juxta-duodénale et résiduelle ; il faut, en plus, montrer que l'on est bien en présence d'un diverticule vrai du duodénum.

Nous discuterons le diagnostic séparément suivant que le diverticule sera gros ou petit.

Il faut, tout d'abord, se souvenir que le diverticule

peut être rendu opaque par la stase avant toute absorption de repas baryté. On pourrait penser alors à des concrétions fécales, des calculs hépatiques, des ganglions calcifiés du mésentère ou même à une calcification de la capsule de GLISSON. Il conviendra donc de noter la topographie, la mobilité et le degré d'opacité de cette tache sous diverses incidences mais aussi d'en tenir compte par rapport à une nouvelle radiographie dans les jours suivants qui, dans le cas de concrétions fécales, fera découvrir des différences appréciables ou même la disparition totale de cette tache.

GROS DIVERTICULES

Exceptionnellement, on aura affaire à une dilatation du duodénum au-dessus d'une bride, d'une pliquature, mais ces images ne trompent généralement pas sur des clichés en série, elles ne sont pas constantes, n'ont pas un aspect arrondi ni d'ordinaire de niveau liquide ; et surtout cette image ne persiste pas après l'évacuation duodénale, elle se vide en même temps que celui-ci.

Un méga-duodénum ficelé par des brides péri-duodénales (GUTMANN) peut faire croire à la présence de plusieurs diverticules ; le diagnostic, dans ces cas extrêmement rares, ne doit pas, croyons-nous, pouvoir être fait.

Le remplissage de la vésicule biliaire peut se produire : 1° après cholécysto-duodénostomie et alors le diagnostic est fait d'après l'anamnèse ; 2° dans le cas de fistule vésico-duodénale ; cas très rare où l'image anormale apparaît appendue en dehors du bulbe ; le diagnostic sous écran y est impossible.

Le duodénum mobile, lui, présente rarement de causes d'erreur. Sa bouche mobile et dilatée se rem-

plit de baryte mais reste en communication avec le duodénum par deux pédicules plus ou moins minces.

PETITS DIVERTICULES

Le diagnostic dans ces formes est beaucoup plus difficile ; les causes d'erreur y sont fréquentes et parfois les examens les plus minutieux sous écran n'arrivent pas à définir la cause exacte des troubles.

La niche ulcéreuse du bulbe est l'une des deux principales causes d'erreur. Elle donne souvent une image en tout point semblable à celle du diverticule, surtout s'il y a spasme surajouté.

Cette niche se présente sous forme d'une petite tache de la grosseur d'une lentille, le plus souvent située sur la petite courbure. Le plus souvent sessile, elle peut paraître pédiculée. Elle retient souvent, pendant un temps généralement court, une minime quantité de baryte ; elle peut aussi présenter une bulle d'air surmontant un niveau liquidien.

Elle est le plus souvent douloureuse, la palpation réveillant à son niveau un point douloureux précis. Or un diverticule enflammé est toujours douloureux. Une différence essentielle existe entre ces deux douleurs : à la palpation elle est syncopale s'il s'agit d'un diverticule, le malade s'évanouissant parfois pendant l'examen, tandis que, s'il s'agit d'un ulcère, elle n'est que sourde ou simplement aiguë.

Les radiographies en série montrent de plus, au cours d'un même examen, un aspect moins constant qu'en cas de diverticule ; et, à des examens successifs, on peut noter des différences, surtout l'absence fréquente d'image résiduelle.

L'ulcus, du reste, du duodénum est rare, celui de D₂ est exceptionnel. Le diverticule y étant fréquent, on devra donc songer d'abord à un diverticule plutôt qu'à un ulcus.

Les pseudo-diverticules juxta-ulcéreux naissent du spasme de l'ulcère. Ils se diagnostiquent très facilement lorsqu'on trouve des signes nets d'ulcère concomitant et que les contours du diverticule sont flous, variables d'un cliché à l'autre au cours d'un même examen et d'examens successifs. Le diagnostic est, par contre, impossible dans certains cas peu fréquents où il s'est formé des adhérences, entraînant des phénomènes de sclérose permettant parfois une stase diverticulaire qui, cependant, est toujours moins prolongée que dans le diverticule congénital.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la présence d'un ulcère en évolution ou cicatrisé ne prouve nullement qu'il s'agisse d'un pseudo-diverticule. La co-existence d'ulcère et de diverticule vrai est fréquente en effet ; il est même probable que le diverticule, par la stase duodénale qu'il entraîne fréquemment, soit une des causes favorisant l'apparition de l'ulcus. Dans ce cas, le diverticule se trouve toujours en aval et non en amont de l'ulcus et en est souvent assez éloigné.

Le diverticule acquis devra encore être soupçonné quand l'image découverte ne sera pas classique et que l'on trouvera en plus une vésicule déformée, attiré vers le bulbe ou une péro-duodénite.

La visibilité de l'ampoule de VATER est l'autre cause importante d'erreur radiologique. La propagation de la baryte dans l'ampoule est rendue possible soit par béance anormale, soit par dilatation de l'ampoule ; dans ce dernier cas, cela doit toujours être considéré comme un signe de pancréatite. La forme est variable : allongée ou le plus souvent en bouton de chemise. Rarement elle est à bords absolument arrondis ; son fond est généralement divisé, pouvant montrer la confluence des deux canaux. Le plus souvent sessile, elle peut être pédiculée. Il n'y a jamais

de stagnation prolongée dans l'ampoule car elle est contractile, changeant de forme suivant les clichés.

Trois signes importants permettent d'en établir le diagnostic différentiel :

1° Elle siège exactement à mi-hauteur sur le bord interne de la deuxième portion du duodénum ;

2° L'image disparaît au moment de la sécrétion pancréatique ;

3° Il n'y a aucun signe clinique.

Le pseudo-diverticule par cancer du pancréas n'est pas une rareté. Il s'agit alors d'un pseudo-diverticule généralement de la deuxième portion : soit par compression directe s'il s'agit d'un cancer de la tête ; soit causé de manière indirecte par sténose de la quatrième portion s'il s'agit d'un cancer de la queue. Dans le premier cas, le pseudo-diverticule sera à bords rigides, cartonnés ; dans le second, il sera à bords flous et inconstants comme dans tous les diverticules acquis. Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, la lésion pancréatique aura déjà suffisamment évolué pour donner les symptômes propres au cancer de la tête ou au cancer de la queue du pancréas.

TRAITEMENT

Le traitement des diverticules du duodénum doit-il être médical ou, avant tout, chirurgical ?

Beaucoup d'auteurs sont partisans de commencer par un traitement médical qui semble pouvoir suffire quand les troubles sont peu intenses et peu marqués.

Ce traitement doit comprendre la lutte contre la stase et contre les phénomènes inflammatoires.

Quelques moyens simples comme une alimentation finement divisée, laissant peu de résidu, la lutte contre la constipation par un régime végétal et des laxatifs suffisent à améliorer les troubles duodénaux; parfois des purgatifs sont nécessaires (Obs. III).

Cependant, le véritable traitement de la stase est :

Le repos après les repas, dans la position reconnue à l'écran la plus favorable à l'évacuation diverticulaire et duodénale. D'ordinaire, c'est la position en décubitus dorsal, quelquefois exagéré, avec ensellure lombaire (Obs. VII), parfois en décubitus ventral ou en position *genu pectoris*.

Le lavage duodénal préconisé de manière formelle (F. DE BEULE) dans les stases duodénales n'a jamais, à notre connaissance, été employé comme traitement médical des diverticules de duodénum. On a cependant employé déjà de petites doses de SO^4NA^2 ou de Cl Mg pour exciter la musculature duodénale. Il semble donc que, la stase étant la principale compli-

cation des diverticules, ces deux traitements combinés devraient pouvoir donner des résultats.

Pour calmer les phénomènes inflammatoires, on a essayé tous les traitements par poudres inertes, belladone, éther benzyl-cinnamique, diathermie, mais pratiquement sans succès, car ces substances s'avèrent inefficaces ou n'occasionnent qu'une rémission plus ou moins prolongée des symptômes (Obs. III).

Nous pensons, avec BENSAUDE et CLAIRMONT, que le traitement chirurgical est le seul efficace. Il pourra être appliqué dans tous les cas où le traitement médical a échoué et cela sans attendre que se produisent des complications ou des compressions.

L'indication opératoire devra être considérée comme formelle (JENTZNER) dans les cas suivants :

Hématémèses par hémorragie diverticulaire ;

Troubles digestifs provoqués par excitation du plexus d'AUERBACH ;

Stagnation d'aliments dans le diverticule ;

Compression du pylore, des voies biliaires, du canal pancréatique.

Les modes opératoires seront fort différents suivant le siège, les complications trouvées à l'intervention et il est impossible de formuler un mode opératoire précis.

La technique la plus courante et qui paraît la meilleure est l'excision du sac avec suture du plan muqueux, musculaire, et séreux si le diverticule est sous-péritonéal (Obs. IV, VII).

La dissection du sac a été essayée, mais celui-ci étant très vascularisé, saigne abondamment et ROBINEAU abandonna une tentative de ce genre pour réséquer.

LEWIS, RITCHIE, WORTHER font une imagination du sac dans la lumière intestinale. Cette intervention n'est possible que si le sac est petit avec large collet :

dans les diverticules par hernie beaucoup plus que dans les diverticules congénitaux.

Une gastro-pylorectomie ou une pyloro-duodénectomie semblent excessives et dangereuses quand le diverticule peut être enlevé facilement ; il n'en est pas de même si le diverticule coexiste avec un ou plusieurs ulcus.

De toutes ces techniques opératoires, la plus couramment employée est la résection du sac. Il arrive cependant assez fréquemment que le chirurgien, le diverticule étant bien localisé à la radio, ne le trouve pas (Obs. VI), ou bien que celui-ci, par son siège, demeure inextirpable.

Même dans le cas où le diverticule a été trouvé et traité par une de ces différentes méthodes, nous sommes d'avis qu'une opération complémentaire doit avoir lieu. En effet, les troubles souvent disparus ou atténués après l'opération, réapparaissent fréquemment (Obs. IV, FORSSEL et KEY). Parfois, les douleurs cèdent à l'intervention mais les digestions ne deviennent meilleures qu'au bout de trop longtemps, trois ans dans le cas de LECÈNE, et une radio faite longtemps après l'intervention montre encore une stase duodénale (Obs. IV) qui parfois disparaît à son tour (JACQUELIN et QUÉNU).

Il nous semble donc que la stase duodénale ne disparaissant souvent pas s'il y a eu des adhérences inflammatoires, il y a intérêt à faire en même temps une opération complémentaire bénigne sans attendre de voir si les troubles persistent.

Cette opération complémentaire, ou palliative si le diverticule n'a pas été trouvé, sera une duodéno-jéjunostomie ou une gastro-entérostomie qui peuvent suffire d'ailleurs à faire disparaître tous les troubles même s'ils étaient très intenses (Obs. VI).

Une autre technique a été décrite par HANKE : il

s'agit de la diverticulo-jéjunostomie dans les cas de diverticules vrais.

Enfin, quand le diverticule se complique d'ictère, un drainage des voies biliaires est recommandé (DUPVAL).

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I (Inédite.)

M. B..., cultivateur, est âgé de 53 ans. Il s'est toujours plaint de l'estomac depuis sa plus tendre jeunesse.

Dans ses antécédents, on ne note aucune maladie, aucune malformation congénitale, non plus dans sa famille.

Vers l'âge de 10 ans, dit-il, il avait une sensation de ballonnement après le repas, avec légère sensibilité épigastrique à la pression ; ballonnement commençant aussitôt après le repas et allant en diminuant jusqu'au repas suivant. Cependant, même le matin, il n'avait jamais, d'après ses dires, éprouvé une sensation de bien-être complet.

Cette sensibilité épigastrique alla en augmentant jusqu'à devenir une véritable douleur avec maximum deux heures ou trois heures après le repas, assez forte pour qu'il se décide à consulter, en 1910 environ. Il ne fut amélioré ni par un régime ni par le port d'une ceinture ; seul le décubitus, soit ventral, soit dorsal, calmait un peu ses douleurs, mais il ne se couchait jamais sur le flan droit, car il avait, dit-il, une « sensation de ballotement ».

Ces troubles furent suffisamment importants pour qu'en 1913 on pensât à une appendicite chronique ; une appendicectomie non seulement ne l'améliora

pas mais eut pour résultat de donner naissance à des adhérences fixant le cæcum dans la fosse iliaque.

Un examen radiologique fut fait par le Docteur CAILLODS (Besançon, le 9 février 1920).

ESTOMAC. — *A jeun* : Poche à air de volume normal. Pas de liquide de stase.

Absorption de 100 gr. de sulfate de baryte gélatineux dans 250 cc. d'eau.

Remplissage : normal ; l'estomac s'accommode bien à son contenu.

Forme et dimensions : Estomac à direction oblique en bas et à droite, en forme de J assez ouvert dont la partie la plus déclive siège à hauteur de la ligne bi-iliaque.

Le pylore siège au bord droit de la troisième vertèbre lombaire.

Les dimensions transversales ne sont pas augmentées. Les bords sont nets et réguliers et il n'existe aucune image anormale sur leur continuité ni sur celle des faces antérieure et postérieure.

Mobilité : Bonne dans les deux sens.

Motricité : Nettement exagérée au début : plusieurs contractions ont lieu en même temps, entraînant une plurisegmentation de la masse gastrique. Toutes ces contractions s'étendent normalement jusqu'au pylore.

Passage pylorique : Normal.

DUODÉNUM. — Après remplissage normal du bulbe, le liquide opaque se dirige directement en bas et s'arrête à trois travers de doigt au-dessous du bulbe ; parvenu à ce niveau, il reste totalement immobile et la palpation ne parvient pas à le faire progresser. Les bouchées suivantes (venant du bulbe) suivent le même trajet et viennent s'ajouter à la première, de sorte qu'au bout de dix minutes environ elles forment une masse du volume d'un gros œuf de pigeon. Dès ce moment, le liquide opaque venant de l'esto-

mac. s'engage dans le duodénum dont les quatre portions ont une siège, une mobilité, un calibre et un transit normaux.

Toute la masse opaque gastrique restante s'évacuera dès lors par le duodénum sans qu'augmente, de façon appréciable, le volume de la masse paraduodénale.

Cette masse, du volume d'un œuf de pigeon, de forme vaguement sphérique, se trouve ainsi encadrée par les trois premières portions du duodénum et de la région pylorique.

Son bord inférieur est tangent à la troisième portion du duodénum dont elle peut être facilement séparée par la palpation. Ses limites sont régulières, elle est relativement mobile et *non douloureuse* à la pression. Les mouvements imprimés à l'estomac ne se transmettent qu'imparfaitement à elle.

L'examen en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit donne lieu aux mêmes constatations.

EVACUATION. — 2 h. 30 après l'absorption : L'estomac est complètement vide de baryte qui se trouve presque en totalité dans la portion terminale de l'iléon.

La masse opaque a toujours le même aspect et son volume ne s'est pas modifié.

6 heures après l'absorption : La plus grande partie du baryum est dans le gros intestin, du cæcum à l'angle hépatique. La dernière anse de l'iléon est encore visible, elle a une direction sensiblement verticale, son calibre est normal ainsi que sa mobilité.

Le cæcum a des dimensions réduites, des incisures très prononcées existent sur son contour, sa mobilité est diminuée. Aucune anomalie de siège et de forme du côlon ascendant n'est à signaler.

La masse paraduodénale toujours visible ne s'est pas modifiée.

9 heures après l'absorption : La masse paraduodénale a toujours le même aspect et le même volume. Soit en décubitus dorsal, soit en décubitus latéral, on ne parvient pas à l'évacuer soit par la palpation, soit par la mobilisation.

La baryte remplit l'intestin jusqu'à l'angle splénique. Le côlon transverse en décubitus dorsal se projette en partie sur la masse paraduodénale, mais peut en être dissocié par la palpation sans aucune difficulté et il n'existe entre cette masse et le côlon transverse aucun rapport, que de voisinage.

23 heures après l'absorption : La baryte garnit le gros intestin depuis l'angle splénique jusqu'à l'ampoule rectale.

La masse paraduodénale n'est plus visible. On fait absorber un nouveau lait baryté, et dans les mêmes conditions, et sous le même aspect que la veille, la masse paraduodénale réapparaît sans qu'il soit possible, sous quelque incidence que ce soit, de localiser exactement le point du duodénum par lequel se remplit cette poche.

Dans la lettre adressée au médecin traitant de M. B..., le Docteur CAILLODS ajoutait :

« ...D'autre part, où va-t-il se loger et que fait la tête du pancréas ? Je n'ai pu le préciser. »

« ...Si le fait de l'avoir vu se remplir avant qu'aucune bouchée ne se soit engagée dans le duodénum permet de penser que la communication siège au niveau du bulbe, je n'ai pu malheureusement, dans quelque position que ce soit, et sous toutes les incidences possibles, et en m'aidant de la palpation, découvrir le canal de jonction et voir comment cela se vidait. »

Revoyant le malade quatre ans plus tard, le Docteur CAILLODS notait :

« ...L'examen le plus minutieux ne parvient pas à

distinguer le trajet reliant le duodénum à ce diverticule. »

« ...Comparativement à l'examen antérieur, on ne trouve aucune modification digne d'être retenue. Le siège, la forme, le volume et les divers caractères du diverticule sont identiques. »

Le Docteur CAILLODS, d'ailleurs, s'étonnait vivement de ce cas : « Malgré mes recherches dans les littératures française et étrangère, je n'ai trouvé aucune mention d'observation de ce genre et suis d'avis que nous nous trouvons en présence d'un phénomène tératologique. »

M. B... continua, jusqu'en 1934, à suivre de temps en temps un régime qui ne le calmait pas, pas plus d'ailleurs que l'ingestion d'alcalins.

Pendant cette période, la douleur a toujours été en augmentant. Il continua à ressentir cette sensation de poids épigastrique, très rarement accompagnée de crampes, plus souvent de coliques, cela dès le début du repas et principalement quand il absorbait quelque chose de chaud ; coliques durant en moyenne dix minutes, pas assez douloureuses pour l'empêcher de continuer à manger.

Rarement il a, le matin, quelques régurgitations aqueuses toujours très acides. Quelquefois des nausées matutinales ; jamais de vomissements.

Il n'est pas constipé mais quelquefois présente de la diarrhée post-prandiale. Cette année, pour la première fois, il a eu des selles décolorées comme du mastic pendant deux ou trois jours.

Il n'a jamais eu d'hématémèses, mais il y a dix-huit mois environ aurait eu un melœna durant deux ou trois jours (d'ailleurs non contrôlé par le laboratoire).

Depuis quelques années, il se plaint de très mal dormir : cauchemars fréquents, quelquefois zoopsie ;

c'est pourquoi, d'ailleurs, le matin, il se sent très souvent fatigué. Depuis la même époque, il présente une asthénie physique et intellectuelle nette.

Jamais de céphalée.

Un examen radiologique complémentaire est pratiqué par le Docteur VITTOR, le 18 avril 1934. Il montre les particularités suivantes :

1° *Estomac* : Il existe une poche à air volumineuse surélevant l'hémicoupole diaphragmatique et repoussant la paroi postérieure du fornix vers la concavité costo-rachidienne, ce qui déforme l'estomac « en coupe de champagne » avec rétention d'une certaine quantité de baryte au fond de la coupe.

2° *Duodénum* : Après remplissage du bulbe qui ne présente aucune image anormale, la bouillie barytée s'engage dans le cadre duodénal dont les angles sont nettement arrondis et le diamètre augmenté. Dès le premier passage, on voit qu'une partie de la baryte quitte le cadre duodénal un peu avant le point de jonction entre la troisième et la quatrième portion du duodénum et, par un canal court et large, vient remplir la partie inférieure d'une poche dont la partie supérieure reste occupée par une grosse bulle d'air très lumineuse.

Cette poche, du volume d'un œuf, est encerclée par l'anneau duodénal et se trouve par conséquent au niveau de la tête du pancréas.

Les secousses font onduler nettement la surface du liquide que contient cette poche et la palpation appuyée permet de la vider peu à peu, mais elle se remplit de nouveau dès que de nouvelles bouchées de baryte passent dans le duodénum. L'estomac s'évacue totalement moins de trois heures ; par contre, les bouchées de baryte contenues dans la poche et qui retombent dans la troisième portion du duodénum sont ramenées vers le bulbe par des mouve-

ments antipéristaltiques ; mais cet antipéristaltisme est exceptionnellement transitoire et, presque aussitôt, la baryte reprend son cours normal.

Huit heures après l'ingestion de baryte, la poche contient encore un volumineux culot baryté que surmonte une couche de liquide intermédiaire, moins opaque, d'aspect grisâtre, au-dessus duquel on retrouve une bulle d'air.

Un tubage duodénal est fait par nous-même, à jeun, le 21 mars 1935 :

Liquide d'hypersécrétion gastrique peu abondant mais très acide.

L'épreuve de MELTZER-LYON donne une bile A et B dont l'examen microscopique est pratiqué par le Docteur FICHET, médecin-chef du laboratoire municipal de Belfort :

« Aucun calcul.

« L'examen du culot de centrifugation montre de nombreux débris cellulaires informes.

« Aucun leucocyte, mais très nombreux germes : les uns coccis, d'autres bacillaires, d'autres filamenteux. La plupart sont anaérobies. On peut identifier de l'entérocoque. »

Cet examen ayant été fait dans de mauvaises conditions (à domicile et à la campagne), nous avons dû renoncer à l'étude de la valeur fonctionnelle du pancréas.

Une prise de sang faite le même jour montre : cholestérine totale (méthode GRIGANT) : 2 gr. 95 par litre ; glycémie : 1 gr. 1687.

Un nouvel examen radiologique est pratiqué le 25 mars par le Docteur VITROT et par nous ; il fournit, en plus, les renseignements suivants :

Avant toute ingestion de baryte, on distingue une bulle d'air lumineuse qui occupe exactement le siège du diverticule.

Celui-ci a nettement augmenté depuis le dernier examen : il atteint actuellement la grosseur d'une orange. Son pédicule, mis très facilement en évidence par la compression, a un diamètre d'environ 1 cm. 5, ce qui permet de distinguer aisément le mode de remplissage et de vidange de la poche.

Conclusions. — Nous nous trouvons en présence d'un volumineux diverticule du duodénum en communication avec D 3 par un canal court et large, ce qui explique la facilité de son remplissage et de sa vidange. Il convient d'attribuer à ce diverticule les troubles cliniques observés.

OBSERVATION II

(Inédite.)

M. E..., de Morvillars, né le 27 juillet 1866, est un ancien employé de chemin de fer. De petite taille, il pèse à l'heure actuelle 73 kgs. De teint blafard, un peu cireux, il donne l'impression d'un néoplasique ; il a, dit-il, toujours eu ce teint-là.

Le début de ses troubles date environ de quarante ans. Jusqu'à l'âge de 30 ans, l'interrogatoire n'arrive à mettre en évidence aucun antécédent digestif. A cette époque, il commença à se sentir ballonné pendant une ou deux heures après les repas ; il avait, d'ailleurs, la sensation très nette d'être beaucoup plus ballonné après une absorption d'aliments indigestes. C'est depuis cette époque qu'il fut obligé de renoncer à toutes les épices et, en grande partie, aux viandes en sauce. Il commença également à accuser alors une légère sensibilité épigastrique. Généralement, le matin, au réveil, il se sentait tout à fait bien, mais ce-

pendant pas toujours. Quelquefois, mais rarement, il avait des renvois avec régurgitations acides.

En décembre 1920, la douleur, après avoir augmenté progressivement, devint tellement aiguë (sensation de tiraillements avec arrachements) qu'on fut obligé de le nourrir par le rectum et qu'on lui appliqua une vessie de glace sur le creux épigastrique ; douleur qui dura quinze jours environ et nécessita un arrêt de travail complet pendant quatre mois.

Un examen radiologique fut alors pratiqué par le Docteur CAILLODS (Besançon), qui ne trouva rien d'anormal.

Un B.-W. dans le sang fut négatif.

C'est de cette époque que datent les cauchemars qu'il avait toutes les nuits (ni rêves professionnels, ni zoopsie).

Depuis dix ans environ, il souffre de coliques épigastriques assez violentes, mais rares ; le ballonnement commence trois quarts d'heure après le repas, est accompagné de malaises avec sueurs profuses, l'obligeant parfois à se reposer. Après le repas, surtout le soir, jamais le matin, il régurgite des glaires très blanches, non acides, non accompagnées de sensation de brûlures et qu'il compare à des œufs de grenouilles.

Quelquefois, il a des périodes d'inappétence, coïncidant avec des paroxysmes de la douleur (il est d'ailleurs beaucoup plus irritable à ces moments-là).

Jamais de constipation ; jamais de diarrhée ni de selles noires, ni décolorées.

Jamais d'hématémèses.

Il n'a pas eu d'ictère, il n'a jamais remarqué de subictère des conjonctives.

Quelquefois, il a des céphalées frontales surtout diurnes.

Depuis quelques mois, il se fait, avec la main, des

massages de la région épigastrique, presque après tous les repas, mais surtout le soir. Cependant, le soir il mange très peu car, moins il mange, plus la nuit est bonne et moins il a de cauchemars. Ces massages, d'ailleurs, lui diminuent beaucoup son ballonnement et l'aideraient à aller à la selle à peu près régulièrement.

Le régime (laitages et purées) l'a toujours assez bien calmé ; le repos, moins bien. Il souffre beaucoup moins également quand il prend de l'exercice, même aussitôt après les repas ; c'est pourquoi il se sent toujours beaucoup mieux en été qu'en hiver car l'été il a une activité beaucoup plus grande.

On ne note aucun antécédent personnel.

Un examen radiologique est pratiqué par le Docteur VITROT, le 13 novembre 1934 :

L'estomac ne contient pas de liquide résiduel à jeun. Après ingestion de 300 cc. de bouillie barytée, l'estomac apparaît modérément ptosé mais non dilaté ; il a conservé sa souplesse et sa mobilité et ne présente actuellement aucune image pathologique sous diverses incidences. L'évacuation gastrique est totale en trois heures. La principale anomalie consiste dans la découverte d'un diverticule duodénal, du volume d'une noix, aux bords nets et arrondis, bien visible en position oblique antérieure gauche, peu visible sous toute autre incidence. Ce diverticule possède une très légère bulle d'air à sa partie supérieure.

On arrive à mettre en évidence le pédicule. Son implantation se fait sur le court segment duodénal interne situé entre le bulbe et le *genu superius* ; ce diverticule se vide très facilement.

Conclusion. — Troubles dyspeptiques explicables par une ptose gastrique modérée et par un diverticule de la première portion du duodénum.

OBSERVATION N° III
(Inédite) (Docteur POLONY).

M. G..., 48 ans, boulanger, a présenté dans ses antécédents une fièvre typhoïde compliquée de pleurésie purulente à 20 ans et a subi en 1931 une cure radicale de hernie.

Le début des troubles gastriques remonte à 1925, à l'âge de 40 ans, avec augmentation progressive.

En 1929, ces troubles se traduisent par une pesanteur douloureuse deux à trois heures après les repas, s'accompagnant de constipation opiniâtre (selles tous les quatre à cinq jours), avec quelques troubles diarrhéiques exceptionnels.

En 1932, apparaissent des vomissements verdâtres non alimentaires calmant les douleurs, et persistent pendant huit jours avec accalmies de même durée. En même temps, les douleurs augmentent de fréquence et de durée, donnant une sensation de « faim douloureuse », dit le malade, avec irradiation dorsale et sensation de transfixion. Ces douleurs changent d'horaire et ne sont plus tardives comme au début ; l'ingestion des aliments non seulement ne les calme plus, mais les provoque de suite.

En 1933, les douleurs sont devenues tellement aiguës et prolongées que le malade les redoutant ne mange plus et accepte de subir un examen radiologique, fait le 8 mars 1933 par le Docteur VITTOT.

EXAMEN RADIOLOGIQUE. — *A jeun* : Absence de liquide gastrique résiduel ; sinus costo-diaphragmatique gauche comblé par des adhérences (reliquat d'une ancienne pleurésie purulente).

Ingestion de 300 cc. de bouillie barytée : Estomac de volume normal, en forme de L, légèrement allongé.

Au cours du remplissage, on voit apparaître, sur la petite courbure, à la jonction des portions verticale et horizontale, une niche volumineuse ayant la forme d'un triangle irrégulier et sans bulle d'air à son sommet. Les segments de la petite courbure sus et sous-jacents sont raides, creusés, formant une enceinte circulaire autour de la lésion « *ulcus wall* ». Cette image est permanente et ne change, ni dans le temps, ni dans les positions que l'on fait prendre au malade.

Le péristaltisme est pratiquement localisé à la grande courbure et à la portion pylorique de la petite courbure. L'estomac paraît avoir conservé sa mobilité normale ; il s'évacue en entier en trois heures.

Le bulbe duodénal est volumineux. On voit se développer progressivement et persister une tache barytée suspendue à la deuxième portion du duodénum. Cette tache, très foncée, du volume d'une grosse noix, présente des bords réguliers et souples ; elle persiste plusieurs heures, après évacuation totale de l'estomac et du duodénum. Transit normal dans le cadre duodénal.

Conclusions. — Ulcus volumineux de la partie moyenne de la petite courbure.

Diverticule de la deuxième portion du duodénum, du volume d'une noix.

Le lendemain, le Docteur VITOT rechercha son chimisme gastrique par tubages fractionnés avec la sonde d'EINHORN.

A jeun : On extrait 40 cc. environ de liquide gastrique résiduel, riche en mucus, et contenant de l'HCl libre, pas d'acide lactique.

Injection de 1 cc. de la solution d'histamine au millième ; dosage des acides par la méthode de Topfer. — La sécrétion est précoce et abondante ; le liquide retiré est clair, non sanglant en apparence, contenant

toutefois, nettement, du sang occulte (Meyer ++, Roland ++).

Un seul dosage est effectué sur le liquide prélevé à la trentième minute : il donne HCl libre : 2 gr. 9, HCl combiné : 0 gr. 6.

Conclusions. — Les caractères précédents sont en faveur d'une lésion ulcéreuse et non néoplasique.

Une intervention proposée à la suite des résultats de cet examen est acceptée et exécutée le 14 mars 1933. A ce moment, le malade mesure 1 m. 73, pèse 53 kg. 200, a une tension de 8-12 (Vaquez), urée : 0,38, urines normales. Après rachianesthésie à la percaïne Jones — laparotomie médiane sus-ombilicale.

Tout d'abord, résection d'un diverticule implanté sur D II. Ce diverticule, difficile à repérer, apparaît à travers le fascia prépancréatique comme un sac de hernie à travers les éléments du cordon. Isolement et dissection du diverticule, très friable par sa minceur, à la sonde cannelée et à la compresse. Ligature facile en raison de la mince implantation.

Dans la même séance, gastrectomie large à la Polya pour ulcus de la petite courbure térébrant dans le pancréas avec niche ulcéreuse du volume d'une noix.

Suites opératoires normales, le malade quittant la clinique le quinzième jour.

Un examen anatomo-pathologique de ces deux pièces opératoires a été pratiqué par le Professeur HOCHE (Nancy).

1° Diverticule de la deuxième portion du duodénum : Le nodule durci par le fixateur formolé se compose d'une poche à parois festonnées. La paroi a une structure identique à la paroi du duodénum avec courtes villosités et, en profondeur, des glandes de Brünner.

Il y a une infiltration leucocytaire importante de

la paroi dont la structure est voisine d'ailleurs de l'état normal.

Dans la séreuse, on voit un petit nodule de structure pancréatique normale.

2° *Estomac* (petite courbure).

Il s'agit d'un ulcère calleux simple avec infiltration leucocytaire dans un tissu fibromateux. Pas d'évolution épithéliomateuse.

Un examen radiologique (Docteur VITOT), un mois après l'intervention, montra :

Bon fonctionnement de l'anastomose gastro-jéjunale ; au début, le passage de la baryte s'effectue en trombe mais, peu à peu, un certain degré de continence de la bouche se manifeste et, finalement, on assiste à des évacuations intermittentes plus rapprochées, il est vrai, que dans un estomac normal.

L'évacuation gastrique est complète en 50 minutes environ.

Revu en avril 1935, soit 2 ans après l'intervention, le malade n'a plus aucune douleur, présente des selles normales et a engraisé de 17 kg. En parfaite santé, il porte régulièrement sans fatigue des sacs de farine de 100 kilogs.

OBSERVATION IV

(Inédite) (Docteur POLONY)

Mlle D..., âgée de 37 ans, a toujours été de tempérament maladif.

Depuis son plus jeune âge, elle n'a jamais eu un très gros appétit et, quand, par hasard, elle faisait un repas un peu plus copieux que normalement, elle était régulièrement malade après.

Antécédents :

Pneumonie à l'âge de 20 ans.

Forte hémoptysie (?) de sang rouge, à l'âge de 23 ans, sans renseignement précis. Cette hémoptysie fut suivie d'une assez longue période d'inappétence avec amaigrissement très prononcé (10 kg. environ). Depuis ce temps, petits crachements de sang périodiques au printemps et en automne.

Seconde pneumonie avec pleurésie, à 25 ans.

Diphthérie à 28 ans.

Troisième pneumonie à 30 ans.

Début. — En 1923, à 25 ans, commence à souffrir véritablement de l'estomac : lourdeurs épigastriques, sensation de plomb sur l'estomac, durant toute la journée et même la nuit. Appétit très fortement diminué ; pas de vomissements, mais fréquentes nausées.

Elle n'était calmée par aucune médication, sauf par des purgations ; elle avait la sensation d'être « toujours pleine d'eau ». Elle n'avait de véritables douleurs que sous l'influence de grosses fatigues.

En dix ans, elle a eu seulement trois indigestions avec vomissements clairs, sans aliments, très difficiles à avoir.

En 1931, elle alla passer l'année à Nice et fut très bien portante, ne souffrant plus du tout de son estomac ; elle était obligée, cependant, de surveiller son alimentation.

Revenue à Belfort en 1932, elle recommença à souffrir. Depuis ce moment, elle eut des nausées presque continuelles, généralement déclenchées par des odeurs ; des vomissements clairs, sans aliments, qui ont toujours été causés par une alimentation riche en graisses, allèrent en augmentant jusqu'à se produire en moyenne deux fois par semaine au début de 1933. Après tous les repas, elle avait des renvois ai-

gres et brûlants et se plaignait de violentes céphalées frontales. Ces céphalées expliquent ses insomnies sans cauchemars.

Pour la première fois, à la fin de février 1933, elle a eu deux vomissements alimentaires dans la même semaine.

Un examen radiologique fait le 28 février 1933 par le Docteur CHARMOILLE (Belfort) montra :

« Estomac modérément ptosé mais sans autre anomalie. »

Il existe un diverticule de la deuxième portion du duodénum, de la grosseur d'une noix, à bords nets et arrondis, en contact étroit avec le bulbe. Le pédicule difficile à mettre en évidence, paraît se rattacher au *genu superius*. Le diverticule se remplit entièrement de bouillie barytée, sans liquide intermédiaire, ni bulle d'air. Une radiographie faite quinze heures après l'absorption de bouillie barytée montre une « tache suspendue » avec niveau liquide et petite bulle d'air.

La malade accepta de se faire opérer.

A son entrée dans la clinique, on nota les renseignements suivants : Taille : 1 m. 60 ; poids : 48 kg. 300 ; T. A. au Vaquez : 8-13 ; absence de sucre et d'albumine dans les urines.

Une intervention fut pratiquée par le Docteur POLONY le 10 mars 1933. Il trouva un diverticule de la grosseur d'une noix siégeant, non sur la deuxième portion, mais sur la face antérieure du bulbe. Il fit une simple résection du pédicule.

Anesthésie au rectanol.

Suites opératoires absolument normales.

Un examen anatomo-pathologique de la pièce fut pratiqué par M. le Professeur HOCHÉ (Nancy) :

Le fragment fixé par le fixateur formolé est durci et les membranes repliées l'une sur l'autre sans ordre repérable.

La structure de la paroi est celle du duodénum avec la couche muqueuse composée de villosités courtes, de glandes en tube, et profondément, de glandes de Brünner peu abondantes.

Dans la séreuse, une masse importante de structure pancréatique dont une partie est sensiblement normale, une autre plus restreinte présente des lésions nécrobiotiques.

Un examen radiologique fut pratiqué par le Docteur VIRROT un mois plus tard :

Estomac : d'apparence normale, présentant sensiblement les mêmes caractères morphologiques qu'avant l'opération et dont l'évacuation s'effectue en totalité en 2 h. 30.

Le duodénum est nettement déformé par plicature permanente en U de la moitié supérieure de D II ; plicature devant être attribuée à des adhérences. Malgré cela, le transit duodénal s'effectue régulièrement et sans retard appréciable.

Le Docteur POLONY revoit Mlle D... le 12 mai 1933: depuis l'opération, la malade ne vomit plus, a des digestions normales, n'est plus constipée alors qu'avant elle l'avait toujours été beaucoup. En ces deux mois, elle a augmenté de 1.700 gr.

Nous avons vu nous-même, en mars 1935, Mlle D... :

Vers le mois de juin 1933, elle eut de grosses contrariétés morales ; de ce fait, elle perdit 3 kg. en quinze jours. Depuis, elle ne s'est jamais bien portée.

Après tous les repas (il n'y a plus que les laitages et pâtes qui passent sans douleurs), elle ressent d'abord une douleur gastrique à la suite de laquelle elle a des renvois aigres et brûlants, suivis eux-mêmes de régurgitations de liquide clair et acide. Enfin, environ 4 heures après le repas, elle ressent des coliques douloureuses et un ballonnement à siège variable.

Elle ne peut d'ailleurs ni manger, ni boire froid car elle éprouverait, à ce moment-là, une impression de blocage.

Elle est toujours très constipée, jamais de mœlena, mais quelquefois, surtout ces temps-ci, des selles mastic (deux, trois fois par semaine). Elle dit, d'ailleurs, que depuis quelques mois elle n'a jamais eu des selles vraiment bien colorées.

Jamais de diarrhée post-prandiale. Jamais d'ictère ni de subictère. Après tous les repas, elle a des céphalées intenses, temporales et non plus frontales ; le moindre bruit la fatigue. Elle continue à avoir autant d'insomnies qu'avant son opération.

Elle a quelquefois la vue trouble, surtout quand les céphalées sont intenses, et, à l'heure actuelle, elle ne peut lire plus de 10 minutes à la suite.

OBSERVATION V

(Inédite)

Mme B... est née en 1890. Elle fut malade pour la première fois en 1911 (entérite).

En 1916, elle ressentit de violentes crampes épigastriques pendant trois mois, après les repas ; on porta le diagnostic d'ulcus duodénal, et la mit au régime lacté, pâtes et purées. On lui fit prendre également du sous-nitrate de bismuth.

Pendant un an, elle se considéra comme guérie. De temps, en temps, elle avait une petite douleur qu'elle calmait aussitôt par l'ingestion de lait.

Au bout de ce temps, les mêmes phénomènes reprirent, mais aggravés. Elle souffrait toute la journée mais avec paroxysmes aussitôt après les repas ; le matin, au réveil, elle se sentait tout à fait bien, à

tel point qu'il lui serait arrivé de dire qu'elle ne voulait plus manger. D'elle-même, elle suivit à nouveau le même régime et se trouva considérablement améliorée pendant six mois.

Puis, elle recommença à souffrir, mais d'une manière plus aiguë ; aussitôt alors elle reprenait son bismuth. Pendant environ trois semaines, elle eut assez souvent quelques brûlures acides après les repas, qui n'ont jamais été accompagnées d'éruptions, mais quelquefois de régurgitations aqueuses très acides.

Elle a toujours été très constipée et s'est toujours surveillée beaucoup à ce point de vue, car, sans cela, les douleurs étaient plus intenses.

En 1921, le Docteur CHARMOILLE (Belfort) fit un calque radioscopique :

Estomac souple, bien mobile, non douloureux à la palpation, de tonicité médiocre ; le pôle inférieur descend à 9 cm. au-dessous du niveau de la crête iliaque.

Cinq heures après seulement, l'estomac est complètement vide.

On ne note pas de tache résiduelle.

En 1928, les douleurs ne se trouvant plus calmées par le bismuth, elle alla trouver le Professeur MERKLEN (Strasbourg).

Examen radiologique (Clinique médicale A) :

Ptose gastrique et colique.

Aérogastrie et aérocolie.

Aucun signe d'ulcère gastrique ni de périgastrite.

Duodénum sans anomalie.

Evacuation gastro-duodénale en 2 h. 3/4.

Intestin grêle et côlon sans anomalie.

On lui fit à la même date, 21 mars 1928, un tubage gastrique. Hyperacidité gastrique :

HCl libre 1 gr. 60
Acidité totale 2 gr. 96

A la suite de ces examens, elle fut soumise au régime lacté et aux farineux ; elle ne se trouva pas calmée et perdit 12 kg. en 4 mois environ. .

En 1929, elle se fit faire un nouvel examen radiologique par le Docteur MEYER (Mulhouse), examen dont voici les conclusions :

L'examen radiologique de Mme B... a montré principalement des symptômes d'une maladie de Glénard caractérisée par une ptose importante de l'estomac, du duodénum, du gros intestin, du foie et de la vésicule biliaire.

Les douleurs localisées à l'extrémité supérieure de l'épigastre semblent être dues à la ptose gastro-duodénale qui est d'ailleurs assez bien réductible par la compression de la région sous-pubienne.

On a observé également à l'examen une hypersécrétion gastrique qui correspond probablement à une hyperchlorhydrie susceptible de provoquer des sensations pénibles.

A part cela, on a remarqué un petit spasme sur la grande courbure du bulbe. Si l'on considère d'habitude une encoche spasmodique de ce genre comme un des signes pathognomoniques de l'ulcère duodénal, tout autre symptôme en dehors de ce diagnostic fait défaut.

D'autre part, la vésicule biliaire montre des caractères anatomiques et physiologiques tout à fait normaux à part la ptose déjà signalée plus haut.

En résumé, il s'agit donc d'une maladie de Glénard compliquée d'hyperchlorhydrie.

On aurait constaté en même temps une rétention prolongée de la bouillie barytée au niveau de l'appendice ; pensant à une appendicite chronique, on l'opéra sans lui procurer d'amélioration.

Elle eut également des séances de diathermie sans plus de résultat.

En juillet 1934, elle alla trouver le Docteur VITTOR qui lui fit un tubage gastrique fractionné avec la sonde d'Einhorn ; dosage des acides par la méthode de Topfer.

A jeun : on retire 30 cm³ d'un liquide coloré par la bile et contenant un peu d'HCl libre.

Injection de 1 cc. de la solution d'histamine au 1/1.000. — La sécrétion provoquée n'est pas immédiate ; elle ne se déclenche qu'au bout de huit minutes, elle est par contre assez abondante : 175 cc.

Voici les résultats des dosages effectués sur un prélèvement retiré à l'acmé de la sécrétion :

HCl libre 2 gr. 90

Acidité totale 3 gr. 20

Le liquide retiré est assez clair, mais contient de nombreux flocons muqueux légèrement rosés.

Un examen de selles montra une très forte alcalinité ; ni œufs d'helminthes ni kystes protozoaires.

Un examen radiologique fut pratiqué par le Docteur VITTOR à la même date.

L'estomac ne présente aucune image anormale, à part sa ptose qui est aussi prononcée et que la ceinture orthopédique réduit très incomplètement. Il se vide en un temps normal.

Le bulbe duodénal n'est pas déplacé, mais ses contours présentent une certaine irrégularité. Il existe une image diverticulaire au milieu et en dedans de D₂ ; cette image, du volume d'un petit noyau de cerise, persiste même après évacuation de D₂. Le fond de ce diverticule est arrondi et présente la même forme sur plusieurs clichés pris à des intervalles différents.

Il paraît s'agir d'un diverticule vrai de la sertsure de l'ampoule de Vater plutôt que de l'ampoule

de Vater elle-même. Cette même image se retrouve, d'ailleurs, dans l'un des clichés pris par le Docteur MEYER.

Elle a toujours été incapable de travailler, car immédiatement elle souffrait beaucoup plus. Lorsqu'elle avait une période de repos, elle était sûre qu'une nouvelle crise allait recommencer lorsque, pendant un ou deux jours, elle avait des coliques et des phénomènes de diarrhée.

Elle n'a jamais eu d'ictère ni de subictère. Jamais d'hématémèse et de mœlena évidents ou occultes (nombreux examens coprologiques).

Elle a eu des selles un peu argileuses, mastic.

Ce n'est que depuis le début de 1935 environ qu'elle a des vomissements aqueux, très acides, la soulageant complètement.

Elle n'a jamais eu d'autre maladie.

Sa mère est décédée d'un cancer de l'utérus ; son père d'une congestion cérébrale.

Elle a un frère et une sœur tous deux bien portants.

Elle n'a jamais fait de fausse couche et a deux enfants bien portants.

On ne note aucune malformation congénitale dans sa famille.

OBSERVATION VI (Inédite) (Docteur VITTOT)

M. N..., ancien instituteur, est âgé de 60 ans. Il a eu, à 12 ans, une typhoïde avec alopécie et atteinte cardiaque.

Dès l'âge de 10-12 ans, il a des digestions très pénibles, avec, de temps en temps, des vomissements

aqueux, jamais alimentaires, survenant environ 3 h. après les repas. A 14 ans, il commence à avoir le ventre très ballonné.

A cet âge, il n'a jamais de céphalées ni de constipation.

Il continue à souffrir de plus en plus jusqu'au régime où il maigrit beaucoup, lui qui était gros, mais où il souffre beaucoup moins. Il avait d'ailleurs déjà remarqué l'influence sur ses douleurs du froid et de la vie sédentaire, qui les augmentaient considérablement.

Aussitôt après son service militaire, il commence son métier d'instituteur et, immédiatement, son mal s'aggrave. Son teint devient très pâle. Les vomissements, toujours aqueux, deviennent beaucoup plus fréquents mais toujours 3 heures après les repas. Les douleurs deviennent très aiguës ; elles sont lombaires et intercostales avec irradiation dans les deux épaules, surtout la droite. Le décubitus dorsal l'améliore considérablement. En 1902, il a un ictère, d'origine indéterminée, qui le tient alité quinze jours. En 1913, on diagnostique une lithiase rénale.

Il a maintenant souvent des céphalées intenses occipitales.

Il fait toute la guerre comme fantassin, continue à souffrir, mais beaucoup moins et a bien meilleure mine.

En 1919, il retourne dans la Haute-Saône comme instituteur, et, aussitôt, recommence à souffrir beaucoup et devient très constipé.

Une radioscopie de l'estomac faite par le Docteur CHARMOILLE (Belfort), en 1921, montre :

« Estomac : présentait un certain degré d'allongement, ainsi qu'un élargissement anormal de sa partie inférieure. Poche à air développée. Hyperstaltisme bien marqué avec évacuation accélérée (elle est presque complète en 1 h.).

« A noter également que la mobilité de la région pylorique ne paraît pas parfaite. »

Il est à noter également qu'après l'évacuation totale, le Docteur CHARMOILLE avait émis qu'il persistait au niveau du bulbe duodénal une tache indolore à la pression.

En 1923, le malade va consulter à Strasbourg : une radiographie ne montre rien. On le traite comme nerveux. Cependant, son teint est devenu terreux, il ne peut plus marcher que courbé.

En 1925, il retourne à Strasbourg où on lui trouve un syndrome de sténose pylorique fruste. Opéré le 7 septembre 1925 par M. le Professeur LERICHE, voici le compte rendu écrit par celui-ci le 25 septembre :

« M. N... avait une sténose extrinsèque de la première portion du duodénum provoquée par des adhérences étroites de la vésicule biliaire avec le duodénum.

« Je n'ai pas vu d'ulcère et cependant il n'y avait pas de lithiase. L'adhérence était très serrée et couvrait littéralement l'intestin.

« La vésicule a été enlevée et le duodénum a repris son cadre. »

A la suite de cette cholécystectomie, le malade ressent une grande amélioration durant 18 mois, mais est obligé de retourner à Strasbourg.

Un examen radiologique, le 6 janvier 1927, montre : « *Péripylorite, périoduodénite avec spasme duodénal ; tache dans le bulbe duodénal correspondant au point douloureux* (suspicion de petit ulcère duodénal). Aérocolie ».

Un régime et une médication calmante se montrent inefficaces et le malade revient en 1927. Une radio montre : « Tache barytée dans le bulbe duodénal, reste duodénal persistant encore après 7 h. 1/2, pas de déformation du bulbe ».

En 1928, les phénomènes douloureux sont tels que le malade redoute de manger. Aussi, tous les matins, il reste à jeun, ce dont il se trouve très bien.

En juillet 1930, nouvel examen radioscopique pratiqué par le Docteur VIRTOT (Belfort) :

1° *A jeun* : légère quantité de liquide gastrique résiduel.

2° *Ingestion de 300 cc. de bouillie barytée* :

Estomac en écharpe nettement oblique en bas et à droite avec bas-fond au-dessous des crêtes iliaques quand le péristaltisme s'amorce, on voit le bas-fond gastrique remonter sensiblement.

Le bulbe n'apparaît bien dessiné qu'après un certain nombre de contractions ; il est volumineux, très allongé, à grand axe oblique en haut et à gauche ; on ne peut le déplacer vers la gauche ; il apparaît de profil en rétroposition ; il ne se vide jamais complètement.

Le bulbe, le pylore, la région prépylorique sont nettement déportés à droite. Le cadre duodénal est masqué, par l'artère prépylorique.

Les courbures gastriques sont mobiles et souples ; l'estomac a conservé sa mobilité verticale.

La chambre à air gastrique est volumineuse.

3° *3 heures après.*

Evacuation gastrique totale ; une tache très opaque en forme de cupule à niveau supérieur à peu près horizontal persiste au niveau de D₃ ; c'est cette tache qui constitue le seul point douloureux à la palpation.

4° *9 heures après.*

La même tache persiste identique comme aspect et comme volume ; l'ingestion d'une petite quantité de gélobarine permet de voir, lors du passage d'une bouchée dans le cadre duodénal, et en relevant fortement l'antrum pylorique au distincteur, que le trajet

duodéal passe en avant de la tache résiduelle, ce qui est bien visible, en O A D en particulier.

Conclusions : « Périduodénite prédominant au niveau de la région bulbaire. Diverticule duodéal douloureux ».

Cet examen est confirmé par le Docteur SCHAAFF en 1932, à Strasbourg, et le malade se fait opérer de nouveau le 16 janvier 1932 par M. le Professeur LERICHE :

« Laparotomie médiane. On trouve l'estomac complètement accolé sur la ligne médiane par des adhérences vasculaires qui, certainement, doivent gêner l'évacuation de l'estomac, et peuvent être la cause du ballonnement sus-ombilical dont le malade se plaint. Le foie est également accolé à la face antérieure de l'estomac, et son lobe droit descend tout le long de la deuxième portion du duodénum à laquelle il est accolé. Après libération des adhérences de la face antérieure et détachement de l'épiploon à la face antérieure de la cicatrice, on cherche l'angle duodéno-jéjunal ; on trouve un grand accollement jéjunal à la face inférieure du mésocôlon, accollement qui a l'air tout à la fois inflammatoire et congénital. On en fait la mobilisation sur 3 travers de doigts environ et l'on va ainsi jusqu'au point de passage des vaisseaux mésentériques. Nulle part, on ne trouve trace de diverticule. Il est probable qu'il s'agit d'une simple apparence radiographique due aux adhérences.

Gastro-entérostomie postérieure très à droite, et très près de la grande courbure.

Nous avons été voir en 1935 M. N... Nous l'avons trouvé en très bonne santé. Depuis son opération, il ne souffre plus et ne suit plus aucun régime.

Il a bien voulu se faire radiographier à nouveau par le Docteur VIRTOT et nous-même. Nous avons re-

trouvé la même image diverticulaire, au même siège, et nette quoique se remplissant très difficilement à cause de la gastro-entérostomie.

Il s'agit donc bien d'un diverticule de la troisième portion du duodénum.

OBSERVATION VII (Inédite) (Docteur POLONY)

Mlle R... est âgée de 64 ans. Très maigre, toute ridée, elle accuse une déchéance physique et intellectuelle très accentuée.

Comme antécédents, elle se souvient seulement d'avoir eu deux hygromas rotuliens en 1911.

Tous les symptômes qu'elle ressent ne dateraient que de décembre 1934. On ne peut arriver à noter aucun malaise avant cette date.

A ce moment-là, elle éprouva des envies de dormir après les repas, s'accompagnant de sensation de gonflement, de plénitude, et de quelques brûlures.

Trois semaines environ après ces premiers malaises, brusquement, elle eut des vomissements tous les jours, sans arrêt, même la nuit, vomissements aqueux, très acides, très douloureux, survenant après les repas, les vomissements étaient alimentaires et survenaient alors en fusée.

Les liquides, surtout le lait, étaient en général mieux supportés que les aliments solides.

Durant six mois, ne s'alimentant presque plus, elle maigrit beaucoup et perdit ses forces.

Elle n'a jamais eu de diarrhée ni de constipation. Jamais non plus d'hématémèse ni de mœlena évident.

Par intervalles, elle a des céphalées occipitales, surtout la nuit.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme très amaigrie, présentant un point douloureux épigastrique, presque syncopal, un peu à droite de la colonne vertébrale.

Un examen radiologique, pratiqué par le Docteur VITTOZ, le 26 juillet 1935, montre :

A jeun, l'estomac ne contient pas de liquide résiduel.

Après ingestion de 300 cc. de bouillie barytée, l'estomac apparaît très fortement ptosé, mais sans dilatation véritable de son bas-fond. Les courbures gastriques paraissent souples et ne présentent aucune image pathologique ; le pylore est bien perméable, l'évacuation gastrique s'effectue sans retard marqué.

Le bulbe duodénal présente des courbures régulières et une opacité homogène.

La deuxième portion du duodénum a suivi l'estomac dans sa ptose d'où son aspect tassé, en accordéon. L'angle duodéno-jéjunal est surmonté par une bulle d'air avec petit niveau liquide. A la partie inférieure de ce liquide, on voit apparaître, dès le début de l'évacuation gastro-duodénale, un petit culot baryté qui met ainsi en évidence un diverticule duodénal du volume d'une très grosse noix. La baryte entre facilement dans le diverticule et en sort aussi facilement ; par contre, le liquide de stase contenu déjà dans le diverticule avant l'examen paraît persister.

Ce diverticule est vivement douloureux à la pression.

Le 2 août 1935, la malade se fait opérer par le Docteur POLONY, aidé par nous-même :

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le diverticule est situé à l'angle duodéno-jéjunal derrière le

**ALBUM
DES
FIGURES**



Fig. 1

Observation N° 1. — Diverticule caecal d. D.
(Radiographie faite en avril 1934)



FIG. 2

Observation n° I
(Radiographie faite en mars 1935)



FIG. 3

Observation N° II
Diverticule de D_1



FIG. 4

Observation N° III
(Diverticule de D_2 et ulcus gastrique)

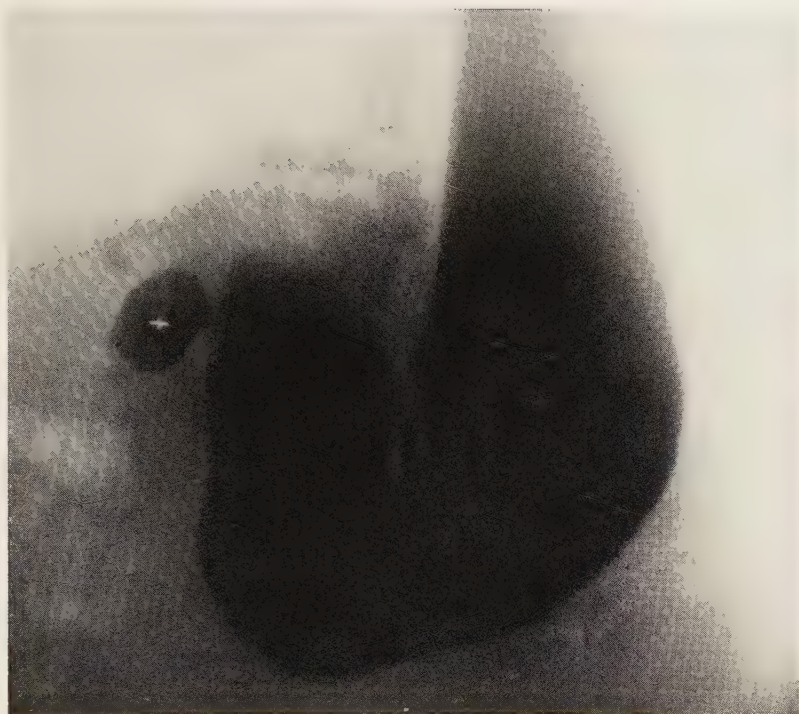


FIG. 5

Observation N° IV
Diverticule de D_1



FIG. 6

Observation N° VII
Diverticule de l'angle duodéno-jéjunal

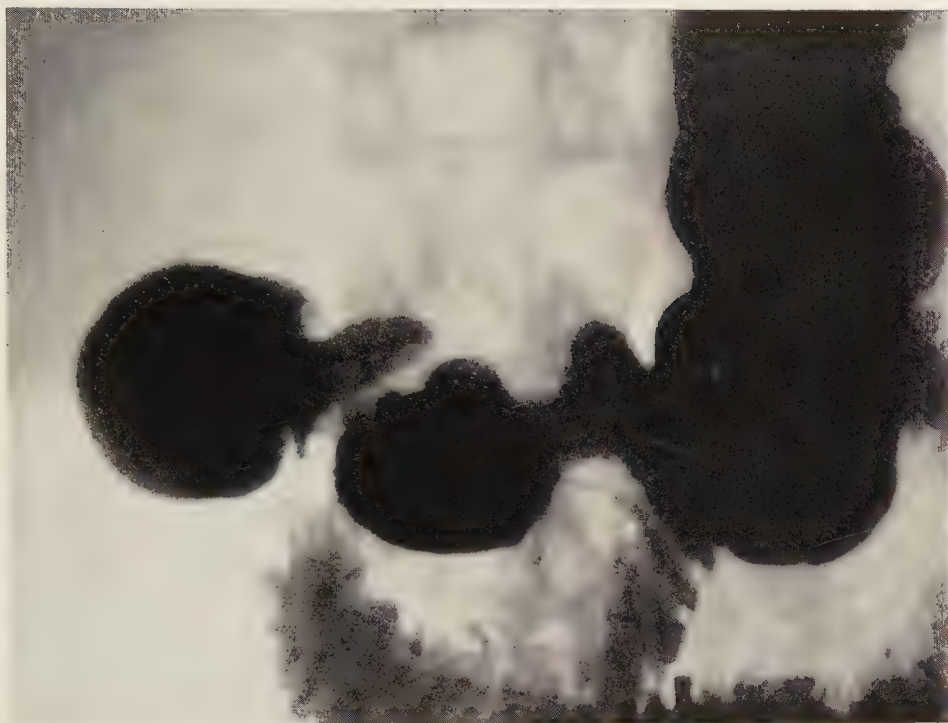


FIG. 7

Observation N° VIII
Diverticule de D_1

pancréas qu'on récline facilement. Excision du sac et suture en trois plans. Gastro-entérostomie complémentaire.

Anesthésie générale au Schleich.

Suites opératoires normales.

L'examen histo-pathologique fut pratiqué par le Docteur COLSON (Nancy) :

Les divers fragments examinés montrent en coupe la structure typique de l'intestin grêle avec ses quatre tuniques : péritonéale, musculaire, sous-muqueuse et muqueuse, celle-ci offrant de nombreuses villosités normales et des glandes tubuleuses de Lieberkuhn actives et non dégénérées. A noter par endroits la présence de zones lymphoïdes très accentuées avec nodules très nets.

Nous avons revu Mlle R... un mois après son opération ; elle ne ressent plus aucune malaise et reprend du poids.

OBSERVATION VIII

(Inédite du Docteur MARUANI) (Résumée)

M. L..., mutilé de guerre, a été réformé pour hyperchlorhydrie et douleurs très vives de type ulcéreux.

Un examen radiologique pratiqué par le Docteur MARUANI (Tunis) montre un estomac déformé, hyperkinétique avec, appendu au bulbe, un diverticule arrondi, de la grosseur d'un œuf.

L'évacuation de la bouillie barytée, très rapide, se fait à travers un duodénum juxta-diverticulaire.

Le malade refuse de se faire opérer.

OBSERVATION IX

(Inédite du Docteur MARUANI) (Résumée)

Il s'agit d'une vieille femme qui a toujours présenté des signes d'ulcus bulbaire avec retard dans la digestion gastrique ; douleurs tardives et vomissements par périodes à certains moments de l'année et en particulier en hiver.

Un examen radiologique montre un diverticule énorme du bulbe avec grosse déformation du cadre duodénal.

OBSERVATION X

(Inédite du Docteur MARUANI) (Résumée)

M. A..., instituteur, fait une énorme hématémèse suivie de mœlena. Une série duodénale faite par les Docteurs MARUANI et MASSELOT montre un bulbe et on pense à un ulcus bulbaire.

Réexaminé en pleine période de calme, trois mois après, le Docteur MARUANI trouve un beau diverticule de la deuxième portion du duodénum, dirigé en dedans vers la tête du pancréas.

CONCLUSIONS

D'après cette étude, nous pouvons conclure que les diverticules congénitaux du duodénum sont fréquents, leur nombre s'accroît tous les jours.

Au point de vue clinique, on peut les diviser en deux catégories :

a) Diverticules latents : découvertes radiologiques ou trouvailles d'autopsie.

b) Diverticules compliqués par stase ou diverticules présentant des signes cliniques : Ils ont tous, en partie, la même symptomatologie : nette quand elle est pure, c'est une symptomatologie de stase duodénale chronique, malheureusement, le plus souvent elle est masquée par des signes d'emprunt. Quoi qu'il en soit, quand on se trouve en présence d'une stase duodénale chronique, il faut suspecter la possibilité d'un diverticule.

Ces soupçons cliniques seront vérifiés par la radiologie. Le diagnostic radiologique est très délicat, parfois même impossible à poser et ne peut l'être que par les radiographies en série, le plus souvent.

L'évolution des diverticules est en général bénigne mais parfois ils peuvent donner naissance à des troubles graves ou même mortels.

Le traitement médical se trouve indiqué dans les cas où les troubles sont très légers, espacés par de longues périodes de calme. Mais il faut se souvenir qu'il ne peut apporter qu'une rémission et non pas une guérison.

Le traitement chirurgical, seul, est radical. L'excision du sac paraît être la meilleure méthode ; cependant, parfois, les troubles subsistent après la résection à cause de la persistance de la stase duodénale. Une gastro-entérostomie ou une duodéno-jéjunostomie est alors nécessaire en un second temps. Aussi, les risques opératoires surajoutés étant nuls, croyons-nous préférable de faire en un seul temps ces deux interventions dès qu'il y a adhérences, pour supprimer la possibilité de troubles dus à cette stase duodénale.

LE DOYEN,
ROUSSY.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BENSAUDE. — Maladies de l'intestin (Masson, 1932).

GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique (Doin, 1934).

Ces deux ouvrages, possédant une bibliographie très complète jusqu'à l'année 1932, nous nous bornerons, à de rares exceptions près, à citer seulement les articles postérieurs à cette date.

ABELL. — *Sur. Gyn. and Obs.*, 15 fév. 1935.

BARBACCI. — Sur le diagnostic des images diverticulaires de l'angle duodéno-jéjunal. *Radiologia Med.*, avril 1934; in *Arch. Mal. App. Dig.*, décembre 1934.

BEULE (de). — La stase duodénale chronique, 17, 24 et 31 janvier 1932. *Bruxelles-Médical*.

BLEFARI-MELAZZI. — Les diverticules de l'appareil digestif. *Radiologia Med.*, mars 1934; in *Arch. Mal. App. Dig.*, décembre 1934.

BOFFINGER. — Ueber einen Fall von Duodenal-Divertikel. *Z. arzt Fortbild*, 1932, p. 323.

BONNET (Méd.-Cl.). — *Soc. de Ch.*, 18 avril 1934.

BRAUENIG. — Le diverticule du duodénum. *Zentralblatt für Chir.*, n° 2, janvier 1932.

BROHEE. — Un cas de diverticule soi-disant de D₄. In *Arch. Mal. App. Dig.*, octobre 1932.

CAMELOT, DESPLATS et FRUCHART. — Diverticule péri-duodéal. *J. des Sc. Méd. de Lille*, 18 nov. 1934.

CASSOU et LACAUX. — Syndromes épigastriques liés à la présence de diverticules duodénaux. *Soc. de Méd. Milit. Française*, n° 2, février 1933.

- CHAPUY et BARRAL. — Diverticule de D₃. *Lyon Médical*, 16 décembre 1933.
- CHARRIER et GARCIA CALDERON. — Diverticule de D₃. Radiographies opératoires. Ablation du diverticule. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 23 juillet 1932.
- CIMINITA. — Les diverticules du duodénum. *Att. Memor. della Soc. Piémont. di Chir.*, 9 déc. 1933.
- CROMIE. — Diverticule du duodénum. *The Brit. Med. J.*, 2 déc. 1933.
- DELANNOY. — A propos des diverticules de D₁. *Arch. Mal. App. Dig.*, juillet 1934.
- DENIS. — Diverticule du duodénum. *Soc. de Chir. de Lyon*, 25 janvier 1934.
- DESMAROUX et AIMARD. — Un cas de diverticule de l'angle duodéno-jéjunal. *J. de Rad. et d'Electr.*, mai 1933.
- DIOCLES. — La localisation anatomique des diverticules duodénaux. *Paris Médical*, 7 avril 1934.
- EDWARDS. — Diverticule du duodénum et du jéjunum. *The Lancet*, 27 janv. 1934.
- FERRO LUZZI. — Un cas de diverticule de D₁ dû à une péri-duodénite. In *Arch. Mal. App. Dig.*, octobre 1933.
- FOXELL. — Diverticulite avec complications rares. *The Brit. Med. J.*, 1^{er} déc. 1934.
- FRENTZEL-BEYME. — Diverticule du duodénum et pancréatite. *Mediz. Klin.*, 28 sept. 1934.
- FRIEDRICH. — Observation d'un cas de diverticule duodénal opéré. *Klinische Wochens.*, 22 août 1931.
- FULDE. — Diverticule duodénal. Origine de troubles pancréatiques chroniques. *Deutsch. Arch. für Klinische Medizin*, 25 juillet 1932.
- GARIN, BERNAY et DAUVERGNE. — Diverticule de D₂ avec cancer de la petite courbure. *Lyon Médical*, 2 décembre 1934.
- GASK. — Diverticule de D₁. *The Brit. J. of Surg.*, juillet 1933.
- GIBBON. — Diverticule du duodénum. In *Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1934.

- GRABOROSKI et HILAROWICZ. — Cas rare d'un diverticule du duodénum et simultanément d'un mésentère commun. *Polska Gazeta Lekarska*, 23 octobre 1932.
- HANKE. — Clinique et traitement chirurgical du diverticule duodénal vrai. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, n° 3 et 4, 2 janvier 1932.
- HARRIS. — Diverticulum du duodénum rempli de calculs. *The British Med. J.*, 11 juin 1932.
- P. HILLEMAND et J. GARCIA CALDERON. — Les diverticules du duodénum. *La Science médicale pratique*, 1^{er} mai 1934.
- HORSCH. — Diverticule de l'angle duodéno-jéjunal. In *Journ. de Chirurgie*, n° 5, nov. 1934.
- HORTON et MUELLER. — Diverticules du duodénum. Etude anatomique avec notes sur le rôle étiologique joué par les dystrophies du tissu pancréatique. *Arch. of Surg.*, juin 1933.
- HOSEMAN. — La clinique du diverticule vrai du duodénum. *Zentralblatt für Chir.*, Leipzig, 9 janvier 1932.
- JENKINSON. — Diverticule de l'intestin grêle. In *Arch. Mal. App. Dig.*, mars 1930.
- JENTZNER. — Les diverticules de la première portion du duodénum (avec ou sans formation par ulcéreuse). *Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la nutrition*, n° 1, janvier 1934.
- KOHLER. — Diverticule duodénal. Son importance dans le développement des affections biliaires. In *Presse Médicale*, 29 octobre 1932, p. 59.
- LEDOUX-LEBARD. — Manuel de radio-diagnostic clinique. Masson, 1933.
- LEEMANS (G.). — Un cas de diverticule du duodénum. *Le Scalpel*, 6 mai 1933.
- LEFORT (A.). — Diverticule de la troisième portion du duodénum; résection du diverticule, guérison. *Soc. des Chir. de Paris*, 20 mai 1933.
- LIGNIÈRES (A.). — Vaste diverticule de l'angle duodéno-jéjunal. *Soc. de radiologie du Littoral méditer-*

- ranéen, séance du 18 octobre 1931, à Montpellier.
- LOB. — Pathologie du diverticule du duodénum. *Deutsche Zeits. für Chir.*, 30 janvier 1933.
- MARUANI (Félix). — Etude clinique et radiologique des diverticules congénitaux du duodénum. *Thèse Paris*, 1928.
- MEYER (A.). — Diverticulose duodénale. Etude radiologique de 31 cas. *Bull. et Mém. Soc. rad. de Fr.*, janvier 1934.
- MOREAU. — Diverticule double du duodénum. *Arch. Mal. App. Dig.*, mars 1930.
- MORRISON et FELDMANN. — Un cas de carcinome dans un diverticule duodénal. *Ann. of Clin. Med.*, 1925, n° 5.
- DORFMAN MOTEL. — Contribution à l'étude des diverticulites duodénales. *Thèse Paris*, 1934.
- PALLAS. — Coexistence d'un diverticule du duodénum et d'un cancer gastrique. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, 14 mars 1934.
- QUAY (Mc). — Diverticule du duodénum. *Ann. of Surg.*, janv. 1929.
- RAMOND (F.) et DIMITRESKO-POPOVICI. — Le facteur duodénal dans le vidage de la vésicule biliaire. *Soc. de Biol.*, 6 fév. 1932.
- RAMOND et JACQUELIN. — Radiologie de l'estomac et du duodénum. Maloine, 1930.
- RAZEMON, VANDENDORP et GARRAUD. — Pseudo-diverticules para-ulcéreux du duodénum. *L'Echo Médical du Nord*, n° 9, 3 mars 1935.
- REISER. — Diverticules multiples du duodénum. *Mediz. Klin.*, 2 nov. 1934.
- ROCHA. — La diverticulose duodénale. *Los Progreso de la clinica*, n° 5, mai 1934.
- RUPP. — Sur l'étiologie des diverticules par pulsion de l'œsophage. *Zentralblatt für Chir.*, 20 août 1932.
- SALTER. — Diverticule du duodénum. *The Brit. Med. J.*, 7 déc. 1933.
- SCHREUDER. — Déformation excessive du duodénum. *Arch. Mal. App. Dig.*, juillet 1934.

- TILLIER et CLAUDE. — Diverticule géant de D₃. *Bull. et Mém. Soc. de Rad. Méd. de Fr.*, mars 1934.
- TORRES-CARRERAS et BOCSH-SOLA. — Diverticulose duodénale. III^e Congrès intern. de Rad. de Paris, 26-31 juillet 1931.
- UPSON et MAC GREGOR. — Aspect radiologique des divers types de diverticules du côlon. In *Arch. Mal. App. dig.*, juillet 1931.
- VANDAMME et F. JONAS. — A propos d'un faux diverticule du duodénum. *J. Belge de Gastro-entéro.*, janv. 1933.
- WARMOES. — Sept cas de diverticule duodénal. *J. Belge de Gastro-entéro.*, mars 1933.
- WEIGEL. — Diverticule vrai et pseudo-diverticule du duodénum; 2 cas opérés. *Bull. et Mém. de la Soc. de Rad. Méd. de France*, nov. 1932.
- WINTEROLL. — Sur les diverticules duodénaux. In *Arch. Mal. App. Dig.*, fév. 1932.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Etude clinique	13
Syndrome duodéal	15
Complications	18
Diagnostic clinique	21
Diagnostic radiologique	23
Diagnostic différentiel	23
Difficultés de la mise en évidence	26
Diagnostic positif.	27
Traitement.	33
Observations	37
Album des figures	65
Conclusions	67
Bibliographie	69



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



